

Ecole de coaching ICN



MEMOIRE

LA LEGITIMITE DU COACHING A L'HOPITAL



Le coaching est-il une nouvelle solution d'accompagnement, facilitatrice de mieux-être à l'hôpital ?

Mémoire réalisé dans le cadre de la certification au métier de coach
Sous la direction de Sybil Persson
Directeur de l'Ecole de coaching,
Professeur associé
Groupe ICN école de management

Sophie BERNARDI
Novembre 2009

REMERCIEMENTS

Mes pensées vont à :

Mon mari qui accepte mes choix et me laisse la liberté de poursuivre mon chemin,
Mes parents qui m'ont transmis des valeurs fondamentales de respect de l'autre, de partage, de persévérance et qui au-delà de leur écoute et de leur non jugement, m'entourent de leur amour,

Ma sœur, mon amie, ma complice qui partage depuis toujours mes moments de joie, de bonheur, de tristesse,

Mes enfants qui reflètent l'énergie, l'insouciance, la joie et qui supportent depuis des années mon rythme effréné,

Williams Desprez, le Directeur Général d'Horemis Est avec lequel je mène des projets diversifiés et enrichissants depuis presque 10 ans,

Mes clients, qui me renouvellent leur confiance au fil des années,

Mes candidats (collaborateurs d'entreprises, étudiants, personnes en recherche d'emploi) qui me permettent de m'enrichir de leurs expériences personnelles et professionnelles,

Mes collègues de promotion, qui m'ont permis de vivre des moments d'émotions intenses durant ces 8 mois de formation,

Sybill, pour ses lectures, ses éclairages et ses retours d'expériences,

Laurent pour sa présence à nos côtés, sa disponibilité, son écoute et ses conseils.

Il ne faut pas de tout pour faire un monde.

Il faut du bonheur, et rien d'autre.

Paul Eluard

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
I. LE SYSTEME HOSPITALIER FRANCAIS.....	6
1.1 PREAMBULE	6
1.2 ORIGINE ET EVOLUTION DU SYSTEME HOSPITALIER FRANÇAIS	6
II. LE CADRE DE SANTE : EMERGENCE ET EVOLUTION DE LA FONCTION.....	10
2.1 LA FONCTION « CADRE » DANS L'ENVIRONNEMENT ACTUEL DES ENTREPRISES	10
2.2 L'EVOLUTION SOCIO-HISTORIQUE DE LA FONCTION « CADRE DE SANTE »	11
2.2.1 <i>Professionalisation du personnel soignant.....</i>	<i>11</i>
2.2.2 <i>Officialisation du métier d'infirmier(e) surveillant(e).....</i>	<i>12</i>
2.2.3 <i>Développement du management hospitalier et création de la fonction « cadre de santé » .</i>	<i>12</i>
2.3 LES REFORMES « HOPITAL 2007 » PUIS « HOPITAL 2012 » : LEURS ENJEUX ET IMPACTS SUR LE CADRE DE SANTE	14
2.3.1 <i>Changement de posture et métamorphose de la fonction « cadre de santé ».....</i>	<i>14</i>
2.3.2 <i>Conséquences : une profession en perte de repères et d'identité.....</i>	<i>15</i>
III. LE COACHING : UNE SOLUTION D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES CADRES DE SANTE	17
3.1 LE COACHING : UNE SOLUTION D'ACCOMPAGNEMENT QUI SE DEVELOPPE AU SEIN DES ENTREPRISES FRANÇAISES	17
3.1.1 <i>Origines</i>	<i>17</i>
3.1.2 <i>Objectifs et outils.....</i>	<i>18</i>
3.1.3 <i>Facteurs individuels d'efficacité.....</i>	<i>19</i>
3.2 LE COACHING : UNE SOLUTION EXTERNE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES CADRES EN DIFFICULTE	20
3.2.1 <i>Place actuelle du coaching à l'hôpital</i>	<i>20</i>
3.2.2 <i>Enjeux.....</i>	<i>21</i>
3.2.3 <i>Objectifs.....</i>	<i>21</i>
3.3 AU-DELA DU COACHING... QUELQUES PISTES DE REFLEXION ET ACTIONS A PROMOUVOIR EN INTERNE	24
3.4 BILAN	26

IV. LE COACHING :	29
UNE RELATION D'AIDE COMPLEMENTAIRE POUR LES MALADES CANCEREUX.....	29
4.1. IMPACT MENTAL ET PSYCHOLOGIQUE DE LA GRAVE MALADIE	29
4.2. LE CANCER : UNE MALADIE GRAVE EN CONSTANTE EVOLUTION	29
4.2.1 <i>Histoire de la maladie cancéreuse</i>	30
4.2.2 <i>Evolution de la maladie.....</i>	31
4.3. L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT ATTEINT DU CANCER	32
4.4. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE SECTEUR MEDICAL : HISTORIQUE ET OBJECTIFS	34
4.4.1 <i>Le développement des soins palliatifs et la prise en charge du patient dans sa globalité....</i>	35
4.4.2 <i>Les soins support et la psycho-oncologie.....</i>	37
4.4.3 <i>Le coaching dans la gestion de la maladie</i>	41
4.4.4 <i>Le coaching à destination des proches</i>	44
4.4.5 <i>Bilan.....</i>	45
 CONCLUSION.....	 47
 BIBLIOGRAPHIE	 49

INTRODUCTION

Consultante au sein d'un Cabinet de Conseil en évolution des Hommes et des Entreprises, j'accompagne le CHU de Nancy dans le suivi de projets à thématiques RH depuis 2002.

Référente dans la mise en place de la démarche d'évaluation au sein de l'établissement, j'ai au-delà de la construction d'outils et de documents adaptés, assuré la formation des cadres supérieurs et des cadres de santé sur ces 3 dernières années (soit environ 300 cadres).

Mes interventions régulières auprès de ce public spécifique, intermédiaire entre les médecins et les fonctions administratives, m'ont sensibilisé à la culture du secteur hospitalier, à ses modes de fonctionnement et aux difficultés auxquelles les cadres et le personnel soignant peuvent être confrontés dans la poursuite de leurs missions quotidiennes.

L'hôpital est une structure complexe en pleine mutation : accréditation, organisation en pôles, tarification à l'activité, management par les compétences, budgétisations...font partie des différentes missions et projets qui s'imposent aujourd'hui aux établissements de santé publics et privés.

L'organisation générale des établissements se métamorphose, chaque catégorie de personnel subit à sa manière, le changement sans en comprendre forcément les objectifs. Le cadre de santé est de son côté systématiquement impacté par les réformes et vit son quotidien avec de plus en plus de difficultés.

De nombreux magazines et sites spécialisés dans le domaine de la santé évoquent « le malaise des cadres de santé ». Cette profession est en réelle perte de repères ; le doute et les interrogations quant à leur devenir s'installent.

Avant de nous interroger sur ce que l'hôpital peut envisager pour répondre à la crise identitaire des cadres de santé et d'entamer une réflexion sur la place ou le rôle du coaching à l'égard de cette profession, nous essaierons à travers la présentation de l'évolution du système hospitalier français, de ses réformes, des objectifs visés, de comprendre comment et pourquoi le cadre de santé en est là aujourd'hui.

Au-delà des questions soulevées et de l'analyse menée autour de ce premier axe, il nous a également semblé important de nous intéresser à la personne soignée, à l'utilisateur de la santé qui attend de pouvoir bénéficier de soins adaptés d'une part, mais également d'un accueil et d'un accompagnement personnalisé. Car si l'hôpital est soumis à une réalité économique de plus en plus rude, c'est aussi un *milieu d'Hommes au service des Hommes*.

La qualité des soins est un axe d'évaluation prioritaire, assurant de ce fait généralement une certaine fiabilité dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie ; en contrepartie les techniques d'accueil et d'accompagnement dit relationnels de la personne atteinte d'une grave maladie peuvent encore aujourd'hui sembler mal adaptées et/ou manquer de personnalisation.

A travers un deuxième axe d'étude nous étudierons la place que l'on réserve à l'accompagnement relationnel/psychologique et moral du patient atteint d'une grave maladie - plus spécifiquement du patient atteint d'un cancer -, nous identifierons les méthodes et moyens mis à sa disposition pour aborder et gérer l'épreuve de la maladie avec le plus de confiance et de sérénité possible, enfin nous nous demanderons à quel moment et de quelle manière le coaching peut représenter une relation d'aide adaptée à l'être humain qui à travers le cancer, est confronté à des moments d'effondrement moral, de désespoir, de perte de confiance...¹

*« Tant n'est pas ce que l'on donne, que la façon de le donner »
Hippocrate*

¹ <http://www.curie.fr/hopital>



I. LE SYSTEME HOSPITALIER FRANCAIS

1.1 Préambule

Les turbulences de la crise économique bouleversent profondément l'univers des entreprises depuis la fin du XX siècle ; les hôpitaux n'échappent pas à ce contexte et sont engagés dans un système en mouvance où tout peut sembler imprévisible et difficilement maîtrisable².

Pour mieux comprendre les changements que subissent les métiers de la santé, il me semble important de revenir rapidement sur l'histoire du système hospitalier français, sur ses réformes et sur les incidences que celles-ci engendrent au niveau du mode de fonctionnement des établissements hospitaliers ainsi qu'au niveau de leurs objectifs globaux.

1.2 Origine et évolution du système hospitalier français

En France, durant des siècles, l'hôpital est indissociable de l'Eglise et des ordres religieux ; ses ressources proviennent de la charité publique. Quant à sa mission, elle n'est pas médicale, mais plutôt caritative.

A partir du XVIe siècle, même si l'hôpital continue d'accueillir les passants et les mendiants, on commence à restreindre leurs entrées au profit des malades curables³.

Les premiers hôpitaux-généraux - qui restent malgré tout pendant quelques années, principalement centrés sur l'accueil et la gestion des pauvres des grandes villes - sont créés au XVIIe.

La médicalisation des hôpitaux se met en place très progressivement à la fin du XVIIIe siècle.

Le siècle des Lumières marque ensuite un tournant dans l'histoire de la médecine et de l'hygiène. L'évolution se poursuit tout au long du XIXe siècle, sous l'effet du progrès

² N. Vincent-Guiller – Mémoire de l'école Nationale de la Santé Publique – 2004 – « La gestion des compétences des cadres de santé : une politique à renforcer par le directeur des soins au sein de la GRH ».

³ www.wikipedia.org – Histoire de l'hôpital



scientifique, et s'accélère dans la première moitié du XXe siècle grâce à l'apparition des premières assurances sociales, avant leur généralisation en 1945.

Au début des années 1940, les hospices sont supprimés.

En 1958, la " réforme Debré " crée les centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux de soins et de recherche réunissant praticiens et universitaires. L'hôpital, secteur économique en pleine croissance, devient alors un pôle d'excellence médicale.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 pose les bases d'un nouveau service public hospitalier. C'est la définition des missions du service public hospitalier, la mise en place de la carte sanitaire et la classification des établissements en fonction du plateau technique, des spécialités et des secteurs⁴.

Grâce à l'élargissement de la protection sociale et grâce à la croissance économique, la sécurité sociale a pu financer un système hospitalier en pleine prospérité, qui s'est développé, modernisé et doté de structures sanitaires performantes jusqu'aux années 1980.

A partir de ce moment là, le contexte change : crise économique, montée du chômage, aggravation des déficits des régimes spéciaux, augmentation de la demande et de la consommation de soins, innovations techniques et scientifiques toujours plus coûteuses.

Pour les pouvoirs publics, l'enjeu majeur devient la conciliation de deux objectifs : l'organisation d'une offre de soins adaptée aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire et la régulation des dépenses de santé, dont il s'agit d'enrayer l'inflation. Un changement d'ensemble des règles de la politique hospitalière est progressivement mis en place, comprenant des modifications des modes de financements et du fonctionnement des établissements hospitaliers publics et privés.

⁴ MC Chauvancy – article paru sur le site www.carnetsdesante.fr – « Cadres de santé : une crise identitaire » - décembre 2008



La loi du 31 décembre 1991⁵ introduit une nouvelle planification de l'offre de soins en instituant les premiers SROS⁶ ainsi que des projets d'établissements. La dimension régionale devient le niveau de référence de la carte sanitaire.

La réforme de 1996 poursuit les mêmes objectifs : freiner l'accroissement des dépenses de santé, mettre en avant la qualité et développer une gestion plus rigoureuse.

Dans le cadre du plan hôpital 2007⁷, l'ordonnance du 4 septembre 2003 définit une nouvelle régulation de l'offre de soins qui vise à garantir une offre adaptée par rapport aux besoins sur tout le territoire national.

Les objectifs sont variés :

→ **Mieux maîtriser le budget hospitalier : on passe du prix de journée à la T2A (tarification à l'activité) en passant par la dotation globale** (enveloppe forfaitaire de dépenses fixée annuellement pour chaque hôpital institué en 1983)

Le montant global des dépenses de santé n'a effectivement cessé de croître ; en 2006 le montant des dépenses de santé s'élève à 198,3 milliards d'euros, soit 3 138 euros par habitant et 11,1 % du PIB (Produit intérieur brut), la part de l'hospitalisation s'élevant à 69.9 milliards d'euros⁸. La maîtrise du financement par l'assurance maladie est devenue une préoccupation majeure de la politique hospitalière.

L'ordonnance du 24 avril 2004 instaure un nouveau mode de financement des établissements de santé : tarification à l'activité (T2A), ainsi dénommée parce qu'elle est supposée s'appuyer sur l'activité réalisée, grâce à la codification des actes effectués et des pathologies traitées.

Le système d'allocation des ressources aux établissements de soins est ainsi unifié.

⁵ LOI n° 91-748 du 31 décembre 1991 portant réforme hospitalière

⁶ SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé

⁷ Plan " Hôpital 2007 " : un plan pour les établissements hospitaliers publics et privés au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française - www.sante.gouv.fr

⁸ Comptes nationaux de la santé 2006 – www.sante.gouv.fr



→ Engager des Réformes organisationnelles avec l'instauration de pôles d'activité

Ayant fait l'objet de nombreuses critiques concernant sa gestion, l'hôpital doit modifier son mode de fonctionnement, ses structures internes et sa conception du management. C'est le troisième volet des réformes, engagé par l'ordonnance du 2 mai 2005 qui vise à simplifier le régime juridique et à modifier l'organisation interne de l'hôpital en redéfinissant le rôle de ses instances. Elle vise en particulier la mise en place des pôles d'activité.

Dans l'esprit de ses promoteurs, le pôle est un regroupement de secteurs ou de services, basé sur la volonté commune de travailler ensemble dans le but d'améliorer le service rendu au patient grâce à une organisation médicale et de soins décloisonnée, une mise en commun des ressources et des prises de décisions au plus près du patient⁹.

Au delà du politiquement correct, qu'en est-il en réalité ?

Auparavant, l'hôpital était organisé autour du service clinique, entité propre ayant un mode de fonctionnement « autocentré ». La « nouvelle gouvernance », ici concrétisée par les pôles, oblige à une coopération inter-services, par la complémentarité des moyens et des ressources. Ce changement a un impact sur tous métiers, sur les relations entre professionnels en terme de communication, de partage d'objectifs communs, de responsabilisation. Le cadre de santé qui occupe une fonction centrale d'interface entre le personnel soignant, les médecins et la direction voit sa fonction complètement se métamorphoser.

→ Penser le management différemment

La redéfinition des règles du jeu avec le développement d'une logique de déconcentration prenant en compte les réalités du terrain, engendre une innovation en matière de management. Le rapprochement des différentes logiques professionnelles (administratives, médicales et paramédicales) s'opère. La coopération entre ces trois sous-ensembles aux cultures, compétences et appartenances différentes, doit progressivement évoluer vers une identité collective.

⁹ MC Chauvancy – article paru sur le site www.carnetsdesante.fr – « Les réformes hospitalières et leur impact sur l'encadrement infirmier » - mars 2009



II. LE CADRE DE SANTE : EMERGENCE ET EVOLUTION DE LA FONCTION

Nous commencerons cette seconde partie en clarifiant rapidement la notion de « cadre » et en identifiant les différents rôles qui peuvent lui être attribués.

Un détour historique permettra ensuite de comprendre comment la situation des cadres de santé reste aujourd'hui marquée par l'héritage du passé mais aussi comme nous l'avons vu précédemment, bousculée par de nouveaux modes de management. L'expression « cadre de santé » est officielle depuis le 31 décembre 2001 ; elle est donc très récente. Elle remplace le terme de surveillant, traditionnellement utilisé dans les hôpitaux jusqu'à cette date¹⁰.

2.1 La fonction « cadre » dans l'environnement actuel des entreprises

En France, parler de "cadre" relève d'une approche culturelle. On peut être cadre sans avoir à encadrer une équipe. «Etre cadre c'est avoir un statut, une représentation sociale spécifique»¹¹.

La notion de cadre est en fait une notion complexe, parfois floue...

Le cadre est associé à des fonctions "d'encadrement" ou de "management". Mais il peut aussi occuper des fonctions opérationnelles de haut niveau. Dans ce cas, il est spécialiste et plus difficilement identifiable au sein de la structure dans laquelle il évolue. C'est pourquoi nous distinguerons :

- **L'encadrant** : très prosaïquement, le cadre est celui qui "encadre", celui qui dirige, organise et structure une équipe. Il est chargé de contrôler l'atteinte de résultats.
- **Le manager** : est celui qui "manage", il anime une équipe. Il gère et accompagne les membres de son équipe en fonction d'objectifs individuels ou collectifs qu'il a lui-même fixés.

¹⁰ P Bourret (2006) « Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible » - Editions Seli Arslan p. 15

¹¹ C Coutant – Ingénieur d'études au CNAM. Article extrait de l'étude "Le cadre commercial existe-t-il?"
<http://www.cnam.fr/icsv>



- **Le spécialiste** : le cadre est également celui qui sait. Il a la connaissance ou l'expérience. C'est le spécialiste, et il est reconnu en tant que tel.

2.2 L'évolution socio-historique de la fonction « cadre de santé »

De la surveillante religieuse au cadre de santé manager, c'est tout le vingtième siècle qui sépare ces deux personnages. La notion d'encadrement dans le domaine de la santé est apparue progressivement en parallèle à l'évolution de la profession d'infirmière¹².

2.2.1 Professionnalisation du personnel soignant

C'est à la fin du XIXème siècle, avec la révolution pasteurienne et l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées, que les médecins se trouvent dans la nécessité de déléguer certains soins à un personnel subalterne. L'auxiliaire médicale apparaît et les premières écoles d'infirmières ouvrent leurs portes.

A cette même époque, Le personnel religieux assume l'intendance et la surveillance des salles de malades, tandis que les gros travaux et les soins sont à la charge du personnel infirmier qui n'a pas forcément le niveau d'instruction nécessaire pour évoluer vers des fonctions de surveillante. Pour pallier cette carence, ce sont des personnes jugées "convenables" qui après un stage de quelques mois, deviennent surveillantes sans avoir jamais été infirmières."

Cette tentative d'enrichir l'encadrement est dans un premier temps vouée à l'échec et celui-ci toujours occupé par les religieuses se résume alors à surveiller et punir. Il s'en suit un long débat sur d'un côté, la volonté de recruter des surveillantes parmi un personnel soignant laïc formé dans les premières écoles d'infirmières et de l'autre, la nécessité de laisser les congrégations en place puisqu'on considère qu'une fonction d'encadrement est incompatible avec une fonction soignante. On voit déjà émerger ici l'idée d'une dichotomie entre fonction

¹² M Catanas (2007) - Extrait de l'article « Evolution socio-historique de la fonction cadre de santé » - www.cadredesante.com



soignante (= aider l'autre) et fonction cadre (=diriger l'autre). Cette dichotomie se retrouve tout au long de l'histoire de la fonction cadre et reste un sujet de discussion controversé.

2.2.2. Officialisation du métier d'infirmier(e) surveillant(e)

Après la seconde guerre mondiale, avec le développement de l'antibiothérapie et des techniques d'explorations, l'hôpital devient un lieu d'hypertechnicité, et on assiste d'une part à l'apparition de nouveaux professionnels de santé (diététiciennes, manipulateurs en radiologie médicale, technicien de laboratoire...) et d'autre part à l'appropriation par les infirmières de nouvelles compétences médicales. Les soins dispensés en série sont centrés sur la maladie ou l'organe atteint. L'hypertechnicité entraîne une hiérarchie professionnelle construite sur tout un système de valeurs techniques. La surveillante, soucieuse du bon fonctionnement du service, voit son rôle se résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle. L'ordre est régi par la règle, le management est de type directif.

En 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice.

C'est à partir de 1975 que le mot "cadre infirmier" apparaît d'un point de vue législatif et institutionnel dans les structures hospitalières. L'encadrement infirmier tourne son regard vers les entreprises, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion.

2.2.3. Développement du management hospitalier et création de la fonction « cadre de santé »

La création du Diplôme de Cadre de Santé en 1995¹³ marque un changement avec une ouverture au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et à la notion de qualité. Les savoirs se rapportant à la médecine ne sont plus

¹³ Décret n° 95-926 du 18 Août 1995 - «Article 1er - Il est créé un Diplôme de Cadre de Santé. Ce diplôme porte mention de la profession de son titulaire ».



enseignés et sont remplacés par des savoirs liés à l'économie et à la gestion. Les connaissances en médecine et en chirurgie ne sont plus testées lors du concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé (IFCS), alors qu'elles constituaient l'essentiel du programme de l'année préparatoire.

L'accès à la formation s'élargit à l'ensemble des treize professions paramédicales¹⁴ intervenant dans le secteur de la santé.

Le contenu de ce nouveau programme de formation vise à dépasser les logiques de métier pour intégrer les exigences de la gestion. La formation ne s'inscrit plus dans la professionnalité de l'infirmière.

Cette évolution va de pair avec un mouvement de société plus large qui tend à privilégier pour les cadres, dans toutes les organisations de travail, des compétences gestionnaires et sociales en lieu et place des compétences techniques de métier.

D'une fonction de proximité au niveau de laquelle l'aspect relationnel et l'investissement auprès des malades et des équipes sont prioritaires, on s'oriente aujourd'hui vers une fonction de partenariat avec l'ensemble des fonctions du corps hospitalier.

Le cadre de santé doit aujourd'hui faire le grand écart entre sa culture soignante de base et sa nouvelle culture de responsable administrativo-technique¹⁵.

L'état d'esprit du plan Hôpital 2007 favorise une réelle responsabilisation des acteurs.

¹⁴ Les treize professions paramédicales de référence : *Audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur en radiologie, masseur kinésithérapeute, opticien lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien, technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale.*

¹⁵ P Peyré - Directeur du Département des sciences sanitaires et sociales (2006) – « La fonction cadre de santé : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui » - Congrès Afscet Association Française de Science des Systèmes Cybernétiques, Cognitifs et Techniques



2.3 Les réformes « hôpital 2007 » puis « hôpital 2012 » : leurs enjeux et impacts sur le cadre de santé

2.3.1 Changement de posture et métamorphose de la fonction « cadre de santé »

Nous l'avons vu précédemment, l'instauration des pôles d'activité doit permettre d'opérer un rapprochement des différentes logiques professionnelles : administratives, médicales et paramédicales avec une coopération étroite entre ces trois sous-ensembles.

Ce décloisonnement des structures implique une mutualisation des ressources. Le cadre de santé est aujourd'hui acteur à part entière dans le fonctionnement de l'hôpital ; il exerce une fonction de médiation cardinale, entre le niveau global de l'institution qui détermine la culture hospitalière et le niveau local de l'organisation des soins.

Il voit son champ d'action et sa liberté de manœuvre s'élargir, avec plus d'indépendance et de responsabilités : il gère des budgets, il doit atteindre des résultats fixés préalablement, appréhender le soin en terme de produit et y associer une démarche de qualité dans un contexte de pénurie de personnel et en gérant des injonctions paradoxales en lien avec le contexte.

Vis-à-vis de son équipe il agit de plus en plus par délégation et responsabilisation.

Sa position qui était davantage celle d'un surveillant évolue vers celle d'un manager.

Nicolas SAUFFROY, responsable adjoint du service Formation au sein du CHU de Nancy confirme¹⁶ : « Dans les 30 dernières années, le secteur hospitalier est sûrement le secteur qui a eu à mettre en place le plus de directives de l'Etat que ce soit dans son activité même (plan cancer...) mais surtout dans son organisation (nouvelle gouvernance, T2A...)... Au cœur de cette mouvance, on trouve un rouage essentiel au bon fonctionnement des établissements : les cadres de santé. La fiche de poste du cadre de santé a complètement évolué en 20 ans. Considéré initialement comme un tuteur dans un service avec pour principale mission la surveillance, il devient aujourd'hui un véritable manager aux multiples facettes (gestion, RH...) et se dirige vers une fonction de « directeur de PME ».

¹⁶ Propos recueillis lors d'une entrevue de septembre 2009



Le cadre de santé est aujourd'hui acteur et agent de changement avec un rôle stratégique et tactique.

Notons qu'au-delà des changements spécifiques en lien avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, il continue comme l'ensemble du personnel, à gérer le « progrès médical » avec des innovations régulières qui impactent bien évidemment les pratiques cliniques tout autant que l'organisation et le management des équipes.

2.3.2 Conséquences : une profession en perte de repères et d'identité

Lors des sessions de formation que j'ai animées, j'ai ressenti face à ce public, un certain malaise, une angoisse concernant leur quotidien et leur devenir.

Leur niveau de responsabilités est grandissant, leur rôle d'interface entre les équipes, la direction et les médecins est souvent difficile à assumer, on leur demande d'imposer des décisions qu'ils ne cautionnent pas forcément, de gérer des conflits ou des difficultés avec leur personnel sans avoir réellement de solutions appropriées, de faire plus avec peu de moyens tant matériels qu'humains... Les cadres de santé exercent dans un environnement de plus en plus contraignant au niveau duquel ils doivent créer un équilibre entre restrictions budgétaires, respect de la sécurité et de la qualité des soins, suivi des procédures et satisfaction des agents et surtout des patients qui n'hésitent pas en cas de problèmes à faire valoir leurs droits (ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 et celle du 4 mars 2002)¹⁷.

Même si ces propos n'ont pas été tenus systématiquement, j'ai entendu parler de pression, surcharge de travail et d'isolement.

Le malaise se manifeste pour certains par des demandes de mobilité (changement de service), par du stress ou du découragement, pour d'autres par de la démotivation.

17 Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avec l'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements de santé / www.legifrance.gouv.fr

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé / www.legifrance.gouv.fr



L'hôpital comme tout autre structure ou entreprise est un environnement de plus en plus complexe qui se caractérise par des changements profonds et permanents où ses valeurs d'expériences et d'habitudes sont en perte de vitesse au profit de la mobilité et de l'adaptabilité. L'esprit humain est malheureusement peu habitué à composer avec l'imprévu.

Se pose alors le problème du « comment sortir de la crise identitaire de cette profession » ?

Que peut-on mettre à disposition des cadres de santé pour faciliter leur adaptation à ces nouveaux modes de fonctionnement et à leurs nouvelles responsabilités ? En quoi le coaching peut représenter un accompagnement adapté à l'évolution de cette fonction et aux problématiques rencontrées ?



III. LE COACHING : UNE SOLUTION D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES CADRES DE SANTE

3.1 Le coaching : une solution d'accompagnement qui se développe au sein des entreprises françaises

Le coaching occupe en France une place sans cesse grandissante parmi les différentes approches de la relation d'aide.

Bien qu'encore émergent, le métier se professionnalise. Ses clients, ses prescripteurs et ses professionnels sont désormais reconnus. On compte dans l'Hexagone, en 2006, au moins 3000 coachs en exercice et plus de 40 formations spécialisés.¹⁸

Les supports médiatiques regorgent d'outils et de commentaires sur ce type d'accompagnement ; pour autant certaines zones d'ombre et questions subsistent (origines, objectifs, outils...) pouvant amener ses utilisateurs à une certaine forme de méfiance.

Un décalage certain existe encore aujourd'hui entre l'intérêt que l'on peut manifester pour la démarche et la concrétisation effective d'une demande de coaching.

Avant d'analyser les bénéfices que les cadres de santé pourraient obtenir à travers un travail de partenariat avec un coach, nous reviendrons en quelques lignes sur les origines, les outils, l'essence et le sens du coaching.

3.1.1 Origines

A priori, ce ne serait pas une technique nouvelle mais les avis divergent. Pour certains, on pourrait ainsi remonter au Ve siècle avant J.C. avec Socrate qui professait alors le « Connais-toi toi-même » et l'art « d'accoucher les esprits ». « Je crois qu'on ne peut mieux vivre qu'en cherchant à devenir meilleur, ni plus agréablement qu'en ayant la pleine conscience de son

¹⁸ L. Buratti / V. Lehnardt (2007) – « Le coaching » - InterEditions p. 2



amélioration » enseignait déjà le père de la maïeutique – et à ce titre père honorifique du coaching¹⁹.

Les « éminences grises », les « confesseurs » voire les « fous du roi », au Moyen Âge, à la Renaissance, pourraient s'en rapprocher²⁰.

Pour d'autres, le mot « coach » serait tiré du français « coche ». Ici est fait allusion à la période où existaient des voitures conduites par un « cocher » : ce dernier accompagnait les passagers à leur destination. Pour étayer cela, on peut également faire un lien avec le XIXe siècle : en effet, dans le domaine culturel (théâtral, lyrique et cinématographique), le coach était déjà un accompagnateur, un soutien pour l'artiste.

L'unanimité se fait en revanche pour dire que le coaching actuel est connu pour son concept issu du sport. « To coach » signifie entraîner, préparer, accompagner, motiver.

Il est apparu en France et en Europe dans les années 80 et 90, en provenance d'Amérique du Nord.²¹

Vincent Lenhardt semble en être l'un des précurseurs. Il considère que « toute personne au travail est un champion potentiel auquel un coaching approprié peut permettre de révéler pleinement son potentiel ». Très centré sur le sens de la vie professionnelle, Lenhardt ouvre la première école de coaching en France à la fin des années 80.²²

3.1.2 Objectifs et outils

Le coaching est « un processus d'accompagnement destiné à favoriser un environnement de croissance, d'évolution, et d'optimisation du potentiel de la personne ».

Il offre un espace-temps de recul, de confiance et de mise en question qui aide le client à revisiter sa « carte du monde ». C'est-à-dire à sortir d'un cadre de représentation

¹⁹ L. Buratti / V. Lehnardt (2007) – « Le coaching » - InterEditions p. 21

²⁰ D. Lefrançois (2009) – « La bible du coaching aujourd'hui » - Maxima Laurent Du Mesnil Editeur p. 11

²¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Coaching>

²² F. Delivré "La jaune et la rouge" article paru dans la revue mensuelle des anciens de l'école Polytechnique



« monologique », confortable mais étroit et limité, pour envisager d'un œil neuf son problème et sa relation à son problème²³.

A travers une sorte de maïeutique, échange, questionnement (quelle est la situation présente, quel objectif souhaite-t-on atteindre ? Avec quels moyens et ressources ? Et quel plan d'action ?...), mise en action, écoute, le coach et son client développent un partenariat, grâce auquel le coaché peut évacuer les obstacles (peurs, croyances...) à son développement, faire émerger ou acquérir de nouvelles compétences et améliorer sa performance, son quotidien.

Le coaching à défaut de pouvoir supprimer le flou dans lequel son client se trouve, lui permet d'en baliser les contours, de réduire les incertitudes, d'identifier des solutions et d'effectuer des choix.

Il vise à développer ses capacités de compréhension de ce qui se passe autour de lui.

*« Connais-toi toi-même, et tu connaîtras l'univers et les dieux »
Socrate*

3.1.3 Facteurs individuels d'efficacité

Certains « ingrédients » facilitent le bon fonctionnement de la démarche.

Le coaché doit notamment :

- Avoir une énergie suffisante à investir dans la remise en question personnelle et dans la mise en œuvre de changements concrets (excepté s'il est sous le coup d'un échec...il faudra alors attendre le moment opportun pour engager ce type de travail)
- Etre capable de se prendre comme objet d'observation et d'analyser et accepter sa part de responsabilité dans les problèmes énoncés,
- Avoir une confiance minimale envers son coach et accepter du feedback de sa part.

²³ L.Buratti / V. Lehnardt (2007) – « Le coaching » - InterEditions p. 6



Le coach de son côté doit :

- Etre empathique et comprendre son client,
- Ne pas être encombré de soucis divers,
- Avoir conscience de ce qui peut se jouer, pour lui aussi, de mouvements transférentiels dans la relation.

La relation doit s'établir autour de certains critères :

- La confidentialité,
- L'écoute non jugeante,
- La bienveillance,
- Des « à priori » positifs sur les ressources du client.

3.2 Le coaching : une solution externe d'accompagnement pour les cadres en difficulté

3.2.1 Place actuelle du coaching à l'hôpital

Le coaching à l'hôpital demeure rare ; la méconnaissance, la crainte peuvent représenter, comme nous l'avons évoqué précédemment, des facteurs de méfiance.²⁴

De surcroît l'hôpital a longtemps fonctionné en vase clos avec des cultures d'établissement très prégnantes et avec une sorte de réticence à toute forme d'aide ou d'accompagnement extérieur.

Aujourd'hui l'hôpital se considère comme une « entreprise » et s'ouvre davantage au « monde extérieur ».

Le coaching peut-il alors s'inscrire comme un nouveau type de prestation au niveau des établissements hospitaliers ? Fait-il partie des solutions d'accompagnement pouvant

²⁴ P.Barreau – Cadre supérieur de santé, formateur-consultant et coach – Extrait de l'article « Le coaching à l'hôpital, quelle nouvelle donne managériale pour le cadre de santé » de la Revue « soins Cadres de santé » – supplément au n°66



permettre aux cadres de santé de mieux vivre leur quotidien ? Quels bénéfices les établissements de santé peuvent-ils tirer du coaching ?

3.2.2 Enjeux

Le cadre de santé actuel représente le pivot indispensable pour mener à bien la conduite du changement ; ce sont les acteurs avec lesquels les directeurs doivent composer, partager les décisions et créer une dynamique managériale dans leur établissement.

Dans ce contexte les établissements hospitaliers n'ont-ils pas tout intérêt à investir dans des méthodes d'accompagnement visant le développement des compétences, des aptitudes personnelles, des potentiels ? N'est-ce pas le moment d'entrer dans une approche nouvelle, centrée davantage sur les hommes et leurs capacités d'agir et de gérer des situations ?

3.2.3 Objectifs

Le coaching se décline et s'adapte aux sujets/clients et aux besoins qui sont identifiés. Sa réussite réside en partie en la capacité du coach à répondre de façon singulière aux besoins du coaché.

Une pluralité d'accompagnement peut donc être mise à disposition du cadre de santé.

Revenons sur les principaux facteurs ou situations favorisant aujourd'hui le malaise des cadres

- a) Le changement : L'hôpital n'a jamais eu autant de défis à relever ; les réformes bouleversent l'organisation et entraîne des restructurations en cascade qui impactent le corps médical et plus particulièrement cette catégorie de personnel avec la mise en place des pôles d'activité.



Un coaching d'évolution et de transition peut permettre au cadre de mieux appréhender et gérer le changement. Il permet de lever les résistances qui émergent. Il apprend au client coaché à se confronter à sa problématique plutôt que de s'y affronter. Il vise à définir le problème en temps et en besoins, énumérer les solutions possibles, les évaluer, en choisir une, appliquer la solution choisie et évaluer les résultats obtenus.

*« Tout changement nécessite de dépasser les blocages anciens »
Enriquez²⁵*

L'accompagnement peut s'articuler autour des thématiques suivantes :

- La manière dont le coaché appréhende le changement ?
- La représentation qu'il s'en est fait ?
- La manière dont il le considère ? (Inattendu, inutile, contraire à ses valeurs, nécessaire...)
- La manière dont il appréhende les conséquences de ce changement ?
- Sa vision du processus?
- Les moyens qu'il identifie pour gérer au mieux les étapes de ce dernier ?...

b) L'élargissement de ses champs d'intervention et de ses responsabilités : le travail du cadre se concrétise en permanence par un accroissement de ses responsabilités.

Le coaching de développement peut aider le cadre à développer sa confiance, à promouvoir son potentiel.

Il amène le coaché à analyser et à gérer les inhibiteurs de la prise d'initiatives, il renforce la puissance et les compétences de ce dernier. Il permet le développement de la connaissance de soi, il amène le coaché à se sentir plus fort, plus cohérent, il l'invite à identifier ses propres limites, ses peurs, ses désirs, sans obligation de les masquer ou de les déguiser.

²⁵ Enriquez (1997) « Les jeux du pouvoir dans l'entreprise ». Edition Desclée de Brouwer / p.271



- c) L'animation d'équipes de plus en plus importantes dans un contexte d'absentéisme en croissance et de changement technologique et organisationnel constant.

Le quotidien du cadre peut au-delà de ses missions classiques de gestion, d'organisation, d'animation et suivi de projets...s'articuler autour de conflits à gérer, de décisions à prendre, d'arbitrages à effectuer, de dilemmes à trancher.

Le coaching d'affirmation de soi aide le coaché à bien définir sa position, à la faire connaître, à la défendre sans agressivité tout en admettant et intégrant des positions différentes de la part des autres.

Le Coaching de leadership et de management vise à optimiser le style de management du coaché, à affirmer son leadership, à mieux fonctionner avec son équipe, ses pairs, ou ses supérieurs hiérarchiques.

Le coaching de résolution de conflit invite le coaché à découvrir et à comprendre les facteurs sous-jacents qui contribuent au conflit, examiner l'élément déclencheur, voir la situation d'un autre point de vue, examiner toutes les options qui peuvent l'aider à résoudre le conflit, mieux comprendre comment il agit face à un conflit.

Associés à ces accompagnements spécifiques en lien direct avec les nouvelles composantes du métier de cadre de santé, le coaching peut également lui apporter des réponses en terme :

D'intégration (**coaching d'intégration ou de prise de poste**). L'accompagnement permet de sécuriser le cadre dans son nouvel univers professionnel et l'aide à élaborer et à personnaliser sa position par rapport aux membres de son équipe et à leur personnalité.

De communication (**coaching relationnel**) dans le but de mieux communiquer et avec plus d'authenticité.



D'évolution de carrière (**coaching de carrière**) avec l'objectif de bien négocier et optimiser ses choix de progression en fonction de ses motivations authentiques.

De gestion et suivi de projet (**coaching de projet**) afin d'aider le coaché dans la mobilisation de ses capacités à animer et à mener à bien un projet dans un système d'interactions complexe.

3.3 Au-delà du coaching... quelques pistes de réflexion et actions à promouvoir en interne

⇒ Amélioration de la communication interne: les agents semblent mal informés des changements qui s'opèrent au niveau des fonctions du cadre de santé.

L'action des cadres de santé, attendue par la direction, ne se situe plus aujourd'hui sur le versant technique du métier de soignant mais sur des domaines plus généraux en lien direct avec la gestion d'un centre de profit. Malheureusement les agents sur le terrain (agents des services hospitaliers, aides-soignants, infirmiers...) n'ont pas pris conscience de cette évolution de fonction. Le terme « surveillant » qu'ils continuent à utiliser pour nommer le cadre, en est le premier signe révélateur.

Aussi la position du cadre de santé est délicate dans la mesure où les personnels continuent à les évaluer sur leurs savoir-faire techniques et cliniques, et où les responsables de pôles tendent au contraire à occulter ces derniers pour mettre en avant des missions de gestion et de coordination.

Seule la communication peut favoriser la clarification de la situation et permettre aux cadres de santé d'intervenir davantage en cohérence avec les nouvelles missions inhérentes à leur fonction.

⇒ Meilleure prise en considération et valorisation de la fonction: le métier de cadre de santé est noble, et vraisemblablement plus que jamais difficile. Pour autant il peut être disqualifié, dénié, « mal vu » au sens propre, comme au sens figuré par les agents, les médecins, les directeurs d'établissement... les cadres eux-mêmes.



Cette profession semble souffrir d'écoute et de reconnaissance. Des échanges sur les difficultés qu'ils rencontrent, l'engagement dans des projets communs avec d'autres cadres hospitaliers (administratifs, techniques, ingénieurs...) et des membres de direction peuvent améliorer l'image de la profession et la confiance de ces cadres dans la valeur ajoutée de leur intervention.

Une démarche a été initiée dans ce sens au niveau national par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, qui a chargé Chantal de Singly²⁶ le 26 février dernier, de conduire la mission « cadres hospitaliers » autour des sujets suivants : rôle des cadres au sein de la gouvernance hospitalière, valorisation de leur activité, formation, recrutement et enrichissement des parcours professionnels.

L'objectif étant de pouvoir apporter aux cadres de santé des réponses face à leurs difficultés et leur permettre de trouver un équilibre optimal entre leurs différentes activités.

L'initiative est louable mais il faut au-delà des rencontres régionales qui se sont échelonnées entre juin et juillet 2009, que les directeurs d'établissement soient complètement impliqués et parties prenantes dans l'écoute, la compréhension des problèmes, et l'apport de solutions ou de pistes d'actions pour l'avenir de ces cadres.

⇒ Adaptation et élargissement de l'offre de formation : l'enseignement dispensé en IFCS pour accéder à la fonction de cadre de santé représente une première étape visant le développement de nouvelles connaissances. Encore faut-il que le contenu des cours évolue et s'adapte aux changements qui s'opèrent au niveau de cette fonction en terme de missions à mener et d'objectifs à atteindre...

Peuvent y être associés des modules de formations spécifiques (management, gestion de projets, gestion du changement...), qui permettent une sensibilisation du cadre à de nouveaux modes de fonctionnement personnel.

Intéressantes à exploiter, ces méthodes ne peuvent pour autant par suffire à rendre le quotidien du cadre de santé plus épanouissant.

²⁶ C de Singly - directrice de l'Institut du Management de l'EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique



3.4 Bilan

Pour l'heure, même si le coaching est une prestation peu initiée à l'hôpital, il est à souhaiter que la culture des établissements de santé évolue et permette l'introduction plus systématique de ce mode d'accompagnement, dans les parcours d'intégration et de développement professionnel des cadres.

Que ce développement s'engage par rapport à des raisons propres au salarié ou par rapport à des contraintes liées à son environnement, le but visé reste le même : développer le professionnalisme, l'employabilité et la sérénité du collaborateur.

Ne perdons pas de vue qu'un cadre qui arrive à avoir une meilleure maîtrise de sa fonction, de son stress, qui arrive à franchir les étapes de son développement avec une certaine sérénité et non dans l'effort et la souffrance, est un cadre qui fonctionne mieux, avec sa hiérarchie, ses collègues, ses agents et avec les patients.

C'est un encadrant qui quotidiennement accompagne ses équipes dans un état d'esprit positif, favorisant la motivation et la satisfaction de son personnel.

Les bénéfices du coaching se situent donc à différents niveaux :

- Au niveau du cadre bien évidemment, qui vit mieux son quotidien,
- Au niveau des agents qui se sentent épaulés par un supérieur hiérarchique compétent et en confiance par rapport à ses missions,
- Au niveau de l'hôpital qui grâce à des conditions de travail plus favorables, peut espérer voir son taux d'absentéisme diminuer, la motivation et l'implication des agents se renforcer et l'efficacité des services se développer.

La légitimité du coaching dans l'accompagnement des cadres de santé ne semble donc faire aucun doute.

Cependant nous pouvons aller plus loin dans l'analyse en nous demandant si au sein de l'hôpital, son action ne doit ou ne peut se situer ou se limiter qu'à ce seul champ d'intervention.



A ce jour les quelques coaching qui ont été initiés à l'hôpital, l'ont été à destination de directeurs d'établissement ; au-delà de ces membres de direction et du personnel d'encadrement que nous venons d'identifier comme « cible » légitime, les autres catégories de personnel (médecins, cadres administratifs, agents hospitaliers, techniciens...) ne pourraient-elles pas tirer bénéfice d'une prestation de coaching ?

Sans doute...Le coaching est en effet, comme nous l'avons vu, une démarche « adaptable ».

Et qu'en est-il du malade ?

L'objectif de l'hôpital est de soigner la personne souffrant d'une pathologie.

Mais soigner n'est-ce pas au-delà des gestes et interventions techniques et médicales, libérer, faire renaître, et permettre au malade de retrouver l'espérance.²⁷

La prise en charge du malade doit se faire autour de 2 objectifs : « faire des soins » et « prendre soin ».

Dans la majorité des établissements de soins privés et publics et notamment pour toutes les maladies graves, la mise en place et la coordination des soins de support²⁸ sont des objectifs majeurs.²⁹

Mais au quotidien le personnel soignant a-t-il véritablement le temps de s'investir dans la relation avec le patient, d'être à l'écoute des bouleversements qu'engendrent la maladie au niveau mental et psychique ?

Des dispositifs peuvent pallier l'éventuel manque de disponibilité du personnel soignant (intervention d'un psychologue, intégration à un groupe de soutien ou de parole, visite de bénévoles, écoute de la famille ou relations spirituelles).

27 T. Amoureux, diplômé de l'Institut éthique et soins hospitaliers (2002) - Article paru dans : Espace éthique

28 Soins de support : ensemble des soins et soutiens nécessaire aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves

29 I. Krakowski - Oncologue médical - Centre Alexis Vautrin - Article paru dans la revue Oncologie avril 2004



Encore faut-il que les établissements se donnent ou puissent se donner les moyens d'offrir ces services annexes au patient et que le patient « adhère » à ces formules d'accompagnement.

Il est effectivement parfois très difficile de pouvoir manifester ses émotions avec les membres de sa famille, avec un inconnu que l'on n'a pas choisi, au milieu d'un groupe, ou de se rapprocher d'un psychologue avec la connotation négative que cela peut avoir.

Le coach contacté, rencontré, choisi ne peut-il pas alors devenir l'un des interlocuteurs privilégié dans l'accompagnement du patient en désarroi et en mal d'écoute ?



IV. LE COACHING : UNE RELATION D'AIDE COMPLEMENTAIRE POUR LES MALADES CANCEREUX

4.1. Impact mental et psychologique de la grave maladie

La maladie grave engendre des souffrances et des bouleversements majeurs sur la vie personnelle, familiale et sociale qui fragilise la personne et son entourage.

La maladie grave interroge ; le malade est propulsé dans le vide et l'angoisse. Il est confronté à la peur de l'inconnu, à des angoisses en lien avec son devenir mais également le devenir des siens, la peur de la dépendance, la peur de la douleur, de la solitude et des autres symptômes.³⁰

L'annonce d'une maladie grave et potentiellement mortelle s'organise autour de :

- La maladie organique, qui sera gérée via des compétences et des moyens techniques,
- La maladie « anxieuse » qui peut à très court terme, avoir des conséquences sur la qualité de vie du malade et sérieusement compliquer sa prise en charge.

4.2. Le cancer : une maladie grave en constante évolution

Le cancer fait partie des maladies graves dont l'impact psychologique est extrêmement important. L'annonce d'un cancer agit comme un cataclysme³¹. Elle saisit le malade et lui inflige une douleur d'une extrême violence.

Le cancer est une maladie mettant en jeu, à plus ou moins long terme, le pronostic vital ; il s'accompagne le plus souvent de traitements pénibles et dans l'imaginaire collectif, son image est déplorable³². Ne lit-on pas fréquemment dans les rubriques nécrologiques : « Décédé à la suite d'une longue et pénible maladie qu'il a combattue avec courage... ». Le mot cancer est

³⁰ E. Ferragut (2005) « Emotion et traumatismes : le corps et la parole » – Editions Masson p. 36

³¹ I. Moley-Massol médecin, psycho-oncologue et psychanalyste – Extrait de l'article « La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense » <http://cat.inist.fr/>

³² F. Baillet, A. Renard Médecins oncologues – Extrait de l'Article « Le cheminement du patient cancéreux »



associé de manière inconsciente à la mort, la souffrance, la pénibilité, le combat...des termes forts et douloureux.

Pour autant selon la localisation de la tumeur, son étendue, son aspect, son stade d'évolution, sa réaction aux tests d'évolution, le pronostic peut être très différent. Cela peut aller de la plus bénigne des maladies, tel un furoncle, à la plus grave, telle une septicémie, difficilement contrôlable par les antibiotiques.

4.2.1 Histoire de la maladie cancéreuse

Le Cancer n'est pas une maladie nouvelle³³.

Quelques sources historiques montrent que cette maladie a été observée il y a déjà très longtemps. Le Docteur Philippe Pouliquen précise au cours d'une conférence, « qu'une maladie osseuse, probablement cancéreuse, a été repérée dans des os de dinosaures vieux d'environ 80 millions d'années. Des cas de cette pathologie ont été exposés dans les premiers écrits médicaux, sur des papyrus égyptiens datant de 3500 avant Jésus-Christ. Mais c'est au 4ème siècle avant Jésus-Christ qu'Hippocrate donne la première définition de ce mal sous le nom de « carcinome » ou de « squihrrre » que le latin traduira par le mot « cancer ».

S'il existe une histoire scientifique du cancer (sa description, son diagnostic, sa thérapeutique, etc.), il n'existe pas d'histoire sociale de celui-ci au sens où la société se montre longtemps indifférente à ce mal qui s'attaque pourtant à tant de personnes. Le cancer est resté très longtemps « une maladie comme une autre » avec une médecine qui se trouve impuissante pour la traiter. Considéré comme une maladie de l'organisme, puis du tissu, le cancer est ensuite estimé comme une maladie de la cellule, de son noyau avec la multiplication anarchique des cellules.

³³ Docteur P. POULIQUEN (2007) - Extrait de la Conférence animée à l'Université Dominicaine « Fausses croyances face au cancer » - www.amessi.org Alternatives Médecines Evolutives Santé et Sciences Innovantes



Au niveau technologique, d'énormes étapes ont été franchies au cours du siècle précédent, permettant une modification globale de la prise en charge médicale du patient :

- en 1895, découverte des rayons X,
- en 1898, découverte de la radioactivité,
- par la suite, la chimiothérapie, qui utilise différentes drogues pour tuer les cellules malignes (la technique continue toujours de se perfectionner),
- puis l'immunothérapie, thérapeutique plus récente qui aide l'organisme à attaquer les cellules néoplasiques,
- les marqueurs biologiques qui sont des substances que l'on retrouve dans les humeurs des patients atteints de certains cancers (cette détection précoce permet de traiter le cancer à un stade débutant),
- l'imagerie médicale qui se dote d'appareils de plus en plus sophistiqués et performants (IRM, Pet scan ...),
- la détermination du profil génétique des tumeurs qui doit faciliter la mise en place de traitements "sur mesure" et donc plus efficaces.

A partir du début du 20^{ème} siècle, les centres de cancer proliférèrent un peu partout en Europe avec, pour la première fois dans l'histoire, le rapprochement de disciplines différentes (chirurgie, rayons X, laboratoires de recherches, chimiothérapie...) pour combattre la même maladie.

Il est à espérer qu'un jour viendra où ce fléau sera totalement vaincu grâce aux efforts conjugués des chimistes, des biologistes, des médecins, des physiciens et bien d'autres disciplines... Pour l'heure comme nous l'évoquions en introduction, l'augmentation du nombre de cancers est constant et les efforts de recherche, d'accompagnement doivent donc rester des priorités.

4.2.2 Evolution de la maladie

L'augmentation de la prévalence du cancer s'explique en partie par le fait que la longévité augmente et que l'on détecte davantage de cancers qu'auparavant, grâce aux outils de dépistage.



De plus en plus d'enfants et d'adolescents sont touchés par le cancer : une large étude menée en Europe révèle qu'au cours des 30 dernières années, l'incidence du cancer a augmenté de 1 % chez les enfants, et de 1,5 % chez les adolescents, tous les ans.

Évolution de 1980 à 2005³⁴

Sur cette longue période de 25 ans, le constat est le suivant :

- Le nombre de personnes atteintes par la maladie a fortement augmenté, mais le risque d'en mourir a diminué.
- Le nombre de nouveaux cas aurait presque doublé en 25 ans pour les hommes et fortement augmenté pour les femmes (chiffres des registres français du cancer).
- Les femmes sont moins touchées par le cancer que les hommes.
- En 2005, il y aurait eu 325 000 nouveaux cas.
- En 2005, le nombre de décès dus au cancer est estimé à 140 000. Approximativement, le nombre de décès aurait baissé de 1% tous les ans.

4.3. L'Etat psychologique du patient atteint du cancer

Chaque patient vit son cancer de manière différente, selon son histoire, sa personnalité, ses relations familiales, sociales, professionnelles et exprime, à ce titre, des besoins qui lui sont propres. Chaque cas varie comme nous l'évoquions préalablement, en fonction du pronostic et des traitements.

Si l'impact de la maladie sur l'état émotionnel du malade diffère suivant le contexte, chacun s'accorde à dire (patients, médecins, infirmiers, famille) qu'à chaque étape de la maladie, des émotions se manifestent avec une évidente difficulté à les contrôler :

- Le moment du diagnostic est un moment traumatique, un moment de stupeur pour beaucoup de patients au niveau duquel la question même de l'existence se pose³⁵.

³⁴ www.invs.sante.fr/surveillance/cancers - Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005 – Publication du 10 juin 2008

³⁵ www-sante.ujf-grenoble.fr - Docteur G. LAVAL - Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie (Aspects psychologiques) - Août 2003



Des défenses psychiques se dressent, inconsciemment bien sûr, et dans un premier temps le patient peut dénier sa maladie ("Je n'ai pas de cancer, les médecins se trompent") ou le minimiser ("Ce n'est pas si grave, c'est fréquent à mon âge"). Les phases de déni et d'acceptation alternent souvent. Le déni aide souvent les malades à relativiser les menaces et les rend plus tolérables et plus simples à gérer.

- Les phases de traitement (chirurgie, chimiothérapie et thérapies ciblées (médicaments), radiothérapie (rayons), techniques utilisées seules ou en association) sont abordées avec les défenses propres du patient.

Les nausées, la fatigue, la douleur, la perte d'appétit (liée aux nausées), les modifications et altérations diverses du corps (la perte des cheveux, des cils, des sourcils, la perte ou prise de poids, la perte d'un organe...) sont autant d'aspects à intégrer et à gérer.

Pour autant pendant le traitement, les personnes se sentent généralement en sécurité car elles sont entourées par des soignants compétents et rassurants.

- La fin des traitements constitue un stress particulier après avoir vécu et subi les phases précédentes ; le retour à la maison est souvent mal vécu. Les malades se sentent dépassés par ce qui leur arrive. Ils doivent affronter le monde des bien-portants et découvrent alors leur fragilité, leur vulnérabilité, leurs nouvelles limites. Ils sont souvent désemparés. Ils doivent reprendre leurs responsabilités, leur travail, leur vie familiale avec une fatigue importante. La peur de la rechute est longtemps présente ; l'anxiété a du mal à disparaître. La méconnaissance de l'origine du cancer contribue à la maintenir.

La transition de l'état de malade à celui de survivant constitue un nouveau changement suscitant à la fois enthousiasme et anxiété. Les séquelles, lorsqu'elles existent (par exemple poche de colostomie), peuvent provoquer un ensemble de difficultés de réadaptation lors du retour à une vie normale. Le passage de la rémission à la guérison ne peut donc pas se faire de manière radicale. D'autant que bien des patients restent insécurisés au moment des bilans de suivi.



- Au-delà de ces étapes qui s'inscrivent dans le processus de guérison d'un cancer, le patient peut également être confronté à une rechute au niveau de laquelle se développent à nouveau de l'anxiété, un sentiment de découragement, une crise de confiance dans la médecine, dans l'équipe soignante (surtout si elle n'a pas clairement parlé de ce risque au début), et bien sûr dans son avenir propre.³⁶
- Les malades les plus gravement atteints ont à gérer dans la phase pré-terminale et terminale, leurs peurs face à la mort – peur de la séparation, peur de laisser les autres démunis, peur de ne pouvoir résoudre des problèmes concrets, peur de la douleur et de la souffrance...
Pour beaucoup, ces étapes s'inscrivent dans une évolution naturelle, mais il reste qu'un processus de maturation et d'acceptation doit se faire.³⁷

4.4. L'accompagnement dans le secteur médical : historique et objectifs

Le lien entre moral et guérison n'est pas forcément évident à prouver ; pour autant fort est de constater que les initiatives (menées par les établissements eux-mêmes ou par des associations) pour tenter de faire oublier le quotidien de la maladie aux patients et leur remonter le moral, sont de plus en plus nombreuses.

A travers les relations d'aide ou accompagnements psychologiques ou relationnels qui peuvent être proposés aux patients, le corps médical cherche généralement à maximiser les bénéfices des soins et des traitements médicaux.

Si la notion d'accompagnement du « patient dans sa globalité » s'affiche depuis une quinzaine d'années très clairement, on se rend compte que l'hôpital s'est longtemps concentré sur la maladie du patient (et non sur le patient) en mettant en œuvre des protocoles de soins les mieux adaptés dans un objectif de guérison.

³⁶ F. Baillet, A. Renard Cancérologues à la Pitié Salpêtrière - Extrait de l'article « Le cheminement du patient cancéreux » <http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero>

³⁷ <http://www.canceronet.com> – Présente le GERCOR, ses actions et objectifs. Groupement Coopérateur Multidisciplinaire en Oncologie qui rassemble près de 450 médecins qui, grâce à leurs travaux de recherche clinique, offrent depuis 1997 des solutions inédites aux malades.



Les premiers travaux et études menés dans ce sens n'ont été réellement amorcés qu'à partir de la moitié du 20^e siècle avec l'apparition d'une nouvelle discipline : les soins palliatifs.

4.4.1 Le développement des soins palliatifs et la prise en charge du patient dans sa globalité

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle du malade.

La notion de soins palliatifs est relativement récente puisqu'elle remonte aux travaux de Cicely Saunders³⁸ à la Clinique Saint Luc, à Londres, puis au St Christopher's Hospice, qu'elle a menés à partir de 1940. Elle précisait à l'époque "Je commence à prendre conscience, en écoutant les malades, que je perçois quelque chose de leur capacité à faire de cette partie de leur vie, une réussite". Dès cette époque, son équipe utilise la morphine de façon préventive, invente la fameuse 'potion morphinique' et démontre l'absence d'accoutumance à la drogue chez les malades algiques³⁹.

Elisabeth Kübler-Ross⁴⁰ autre pionnière dans les soins palliatifs, partagea son expérience du dialogue avec les malades, les personnes en fin de vie, les mourants et ne cessa de promouvoir une nouvelle approche de la mort et de la relation qui peut s'établir autour.

C'est à elle que l'on doit la description des étapes du mourir. Pour elle « le mourant est un vivant jusqu'au bout » et le soignant doit lui exprimer tout son intérêt et lui apporter son soutien jusqu'au terme de sa vie.

L'accompagnement que l'on a longtemps destiné aux malades en toute fin de vie (phase palliative terminale), s'adresse aujourd'hui grâce aux actions et combats de nombreux professionnels, à des patients qui ont médicalement l'espoir de s'en sortir mais qui à travers la

³⁸ C. Saunders Docteur en Médecine, décédée le 14 juillet 2005 à l'âge de 87 ans. Elle a mené sa carrière au sein de différents établissements de Londres : St Thomas' Hospital, St Christopher's Hospice, l'Hospice St Joseph...

³⁹ Algique : relatif à la douleur

⁴⁰ E. Kübler-Ross Psychiatre et psychologue américaine (Chicago) décédée le 24 août 2004 à l'âge de 78 ans.



maladie et l'épreuve qu'ils affrontent, vivent des moments d'émotions intenses, de doute et de perte de repères. On parle alors « d'accompagnement relationnel ».

L'idée d'accompagnement du malade contient trois des sens que le mot a en français courant :

- Aller avec, suivre quelqu'un en marchant à son pas : le soignant fait siennes les priorités du malade.
- Reconnaître la réalité de la situation sans chercher à s'y opposer, comme on dit « accompagner le mouvement » : « l'accompagnement et les soins palliatifs qu'il comporte doivent offrir au mourant et à ses proches la possibilité de vivre la fin de sa vie sans avoir ni à en hâter la fin, ni à la prolonger par des thérapeutiques acharnées » (Statuts de la Fédération JALMALV).
- Apporter ce qui manque au malade, y compris dans les détails qui assurent son confort ou lui procurent un soutien moral (comme on dit dans d'autres contextes : « mesures d'accompagnement »).

Le Docteur Siegel, met l'accent sur le rôle essentiel de l'affectivité dans l'évolution d'une maladie.

S'appuyant sur des cas réels, il démontre que la passivité d'un patient est souvent plus destructrice qu'un virus, alors qu'une relation chaleureuse et un climat de confiance entre le malade et une tierce personne (praticien, personnel soignant, psychologue, bénévole...) accélèrent la guérison..⁴¹

Le Docteur Julia Roland, responsable du programme « qualité de vie » de l'Institut National du Cancer américain évoque de la même manière lors d'une conférence à Washington, les résultats d'études portant sur les éléments qui font qu'une personne vit mieux sa maladie, s'en sort bien et vit plus longtemps malgré un diagnostic menaçant et parfois un pronostic de départ très sombre.

⁴¹ B.S Siegel Chirurgien et enseignant à l'université de Yale (1984) « L'Amour, la Médecine et les Miracles » Editions Broché



Dans son analyse elle met en évidence les cinq facteurs qu'on retrouve le plus souvent chez ces personnes là :

- Les personnes ont eu accès à des soins de très bonne qualité qui reflètent les standards les plus modernes dans les traitements disponibles,
- Elles ont participé activement au choix de leurs traitements, en pesant le pour et le contre des différentes options et en parlant avec leurs médecins. Elles ont aussi fait le choix d'un style de vie qui maximise la résistance à la maladie (nutrition, activité physique, gestion du stress, tabac, alcool, expositions toxiques...),
- Elles ont mis en place et utilisé un réseau d'amis et de connaissances pour être soutenues, à la fois sur un plan pratique (courses, ménage, etc.) et sur un plan émotionnel pendant la maladie,
- Elles se sont posées des questions sur ce qui apporte le plus de sens à leur vie et se sont engagées activement dans ces voies là,
- Elles ont développé des activités ludiques d'expression de leur créativité : musique, peinture, poterie, ou poésie...

Et de conclure : « Il est encourageant de savoir que ce qui permet de vivre plus longtemps c'est bien de s'engager sur le chemin de ce qui nourrit au mieux la vie ! »

*Chaque symptôme est associé avec une certaine manière d'être.
Pour relâcher un symptôme, on doit relâcher la manière d'être qui y est associé.
Donc le processus de guérison implique un processus de transformation. Tout peut être guéri.
Martin Brofman⁴²*

4.4.2 Les soins support et la psycho-oncologie

Dans le domaine spécifique du cancer, la prise en charge du malade (maladie, douleur, souffrance psychologique...) a fait l'objet durant ces 15 dernières années, de nombreuses études, conférences, débats ayant permis la création d'une nouvelle discipline, la psycho-oncologie et le développement des soins supports⁴³.

⁴² M. Brofman : Ancien expert en informatique à Wall Street et étudiant en psychologie et religions comparées. Extrait de Guérison et Transformation. <http://www.healer.ch>

⁴³ Mesure 42 de la Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 – Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.



a) Objectifs

Les soins support représentent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) lorsqu'il y en a.

Ils font appel à des compétences dans les domaines de la nutrition, la diététique, la psycho-oncologie, la douleur, la kinésithérapie, l'orthophonie...

La psycho-oncologie - discipline qui se situe à l'interface de l'oncologie d'une part et de la psychiatrie et de la psychologie d'autre part -, s'adresse à un patient dont les difficultés psychologiques ne dépendent pas essentiellement d'un trouble psycho pathologique, mais sont engendrées par la situation traumatisante de la maladie⁴⁴.

Son développement répond essentiellement à la nécessité de prévenir et traiter les répercussions négatives de la maladie cancéreuse sur le psychisme du patient et de son entourage, mais aussi d'aider le patient à rester lui-même et à garder sa liberté de décision. Le psycho-oncologue intervient auprès du patient mais aussi de sa famille.

b) Les patients et la psycho-oncologie : adhésion ou méfiance ?

Bien qu'étant aujourd'hui une forme d'accompagnement proposée dans tous les grands centres cancérologiques, le recours à la discipline ne se fait pas systématiquement.

Comme l'explique le Pr. Claude Chardot⁴⁵, il n'est pas obligatoire que le malade ait besoin d'un psychologue. Il précise « ce n'est pas un désordre mental que d'être atteint d'un cancer : celui qui souffre de son cancer n'est pas névrosé ! Le cancer est une maladie organique et non une psychopathie ».

Il y a donc une différentiation à faire entre le malade « névrosé » qui doit être accompagné par un médecin spécialisé (psychologue, psychiatre...) et le patient qui dans le cadre de sa maladie, est amené à vivre des moments d'émotions intenses, d'anxiété, de doute...

⁴⁴ <http://www.sfpo.fr> – Société Française de psycho-oncologie – objectif de le SFPO

⁴⁵ Claude Chardot, Professeur émérite de cancérologie à l'université de Nancy, directeur honoraire du Centre de lutte contre le cancer de Lorraine, vice-président de l'institut Curie à Paris. Extrait d'une interview qu'il accorde à Maryvonne GASSE du magazine Famille Chrétienne



Un certain amalgame continue à persister entre les métiers « psys » et la maladie mentale, la folie, la dépression...

Certains malades craignent de devoir s'engager dans un suivi psychologique s'étalant sur plusieurs années... ; ils craignent également que cet accompagnement révèle une certaine faiblesse, un manque de courage, de lutte face à la maladie.

Pour franchir ce pas de la demande d'aide, il faut un temps – parfois très court, souvent plus long, mais propre à chacun. Ce qui fait que la consultation en psycho-oncologie ne se prescrit pas, pas plus qu'elle ne s'impose. Elle se propose, toujours signe de l'intérêt qu'on porte pour celui qui souffre, et dans le souci de l'aider au mieux.

c) Les autres solutions d'accompagnement

Au niveau des grands centres d'oncologie, les solutions d'accompagnement et la prise en charge du malade sur les aspects relationnels et psychologiques, continuent à se développer.

Au-delà des initiatives prises directement par les établissements, les associations qui militent en faveur de la lutte contre le cancer, sont également engagées dans de nombreux dispositifs favorisant l'accueil, l'écoute et l'accompagnement du malade et de ses proches dans toutes les étapes de la maladie.

A titre d'exemples :

- L'accompagnement à distance (conseil par téléphone qui donne accès à des informations médicales, mais aussi pratiques et psychologiques de la maladie)
Cancer Info Service⁴⁶ un des organismes de référence propose par exemple, une écoute 6 jours sur 7 de 8h00 à 20h00.
- La création et le développement au cœur des établissements de soins des ERI®, structures d'accueil accessibles à tous et sans rendez-vous.
Les ERI sont des lieux d'écoute, d'informations, d'orientation, d'échanges qui permettent au malade ou à ses proches, au-delà des informations qu'ils peuvent y

⁴⁶ <http://www.ligue-cancer.net>



collecter, d'exprimer une parole libre, une histoire de vie, de se poser, souffler et profiter d'un temps hors du temps médical : un temps pour soi.

A ce jour 35 ERI® sont labellisés et sont devenus un maillon indispensable dans la chaîne de soins.

- La mise en place d'équipes de bénévoles qui interviennent au chevet du patient ou dans l'animation de groupe de paroles, accompagné d'un psychologue ou personnel soignant formé.

Les groupes de paroles offrent aux patients et aux familles des espaces de rencontres, de partage avec d'autres personnes confrontées à une expérience similaire. Ces séances permettent de mieux se comprendre, de mieux communiquer avec soi-même mais aussi avec autrui, et enfin de pouvoir prendre une certaine distance avec la maladie et l'anxiété qui l'accompagne.

Les établissements les plus sensibles à la dimension humaine n'hésitent pas aujourd'hui à proposer des services annexes pour favoriser la détente et le mieux-être du patient.

Séances de sophrologie, soins esthétiques, conseils d'un nutritionniste... peuvent faire partie d'une offre de services élargie.

d) Bilan

L'analyse que vous venons de mener, peut nous laisser penser qu'au niveau de la prise en charge du patient atteint d'un cancer, les choses sont structurées, organisées et que le malade a à sa disposition des moyens appropriés pour s'engager dans le chemin de la guérison.

Les patients soignés au niveau d'un grand centre, ont effectivement souvent l'impression d'être accompagnés, écoutés, d'être face à des interlocuteurs compétents, disponibles et bienveillants.

Qu'en est-il des patients qui sont suivis dans des structures moins importantes, moins « équipées » en méthodes et moyens d'accompagnement ? Qu'en est-il du patient qui n'ose pas se manifester car il pense systématiquement que son « voisin » est sans doute plus prioritaire ?



Qu'en est-il du patient qui après avoir été entouré, accompagné, se retrouve à la fin de la maladie seul chez soi, dans le doute face à son avenir ? Qu'en est-il du patient qui pour les raisons que nous évoquions précédemment, n'a pas envie de rencontrer un psychologue et de se retrouver face à un groupe ou un bénévole avec lequel il n'aura peut-être aucun feeling et aucune envie d'évoquer ses souffrances ? Qu'en est-il du patient qui constate que la manifestation de ses émotions, de son ressenti face à la maladie, lors des séances avec le psycho-oncologue ou un bénévole lui procure un mieux-être, mais que le temps qui lui est accordé est trop court et que pour autant il souhaiterait aller plus loin dans la démarche ?

Le coaching ne peut-il pas représenter une solution supplémentaire, une solution complémentaire, une solution plus individualisée pouvant être mise à disposition des malades et de leur famille ?

4.4.3 Le coaching dans la gestion de la maladie

Nous ne reviendrons pas sur les techniques, le mode d'approche et les objectifs du coaching.

Nous évoquerons ici en quoi et de quelle manière, le patient peut tirer un bénéfice du coaching au cours des différentes étapes de sa maladie.

Le coaching n'a aucune visée thérapeutique. Le coach n'est ni médecin, ni psychiatre, ni psychanalyste... C'est un professionnel formé à différents outils et aux méthodes de coaching, qui va permettre au patient de comprendre, d'accepter, de réagir, d'agir pour atteindre l'objectif qu'il se fixe.

Pour certains ce sera la guérison, pour d'autres la possibilité d'envisager leur avenir en étant davantage en accord avec eux-mêmes, certains essaieront de trouver le moyen d'aborder la fin de leur vie avec apaisement...



Le docteur Myriam Nciri⁴⁷ touchée par un cancer témoigne : « J'ai eu la chance de me faire accompagner. Le fait d'avoir pu parler au cours de séances de coaching hebdomadaires, d'avoir été écoutée, d'avoir pris conscience des conflits émotionnels qui m'habitaient, d'avoir identifié et clarifié ce qui était vraiment important pour moi, de me fixer des objectifs, de devenir actrice de ma guérison, m'a permis de sortir la tête de l'eau, de reprendre ma vie en main, de renaître à moi-même ».

Le coach doit se consacrer à aider les malades à rester dans la réalité du présent et non pas dans l'angoisse du futur. Il peut accompagner le patient afin que celui-ci n'anticipe pas les effets secondaires d'une cure à l'autre.

Rester dans la rationalité du présent permet d'éviter de paniquer par rapport à des faits, éléments qui ne se produiront peut-être jamais. L'anticipation des effets secondaires peut finir par les créer ou les augmenter.

Le coaching peut permettre au patient de réaliser, à son rythme (le nombre et la régularité des séances étant définis entre le coach et le patient en fonction des besoins de ces derniers) de ce qui lui arrive.

Le coaching permet au patient d'exprimer ses sentiments, ses peurs, de se dégager petit à petit des émotions qu'il ressent, de mettre de l'ordre dans ses réactions.

La peur induit des mécanismes de défenses qui épuisent et affaiblissent le système immunitaire. La confiance de son côté induit plutôt de la fluidité indispensable à la bonne santé.

Le coaching peut permettre au patient d'opérer un recentrage sur LUI, sur le plan personnel, le plan émotionnel, le plan de ses désirs profonds.

⁴⁷ Docteur Myriam Nciri – Médecin coach certifiée HEC Paris – Extrait de l'article « Place du coaching médical en oncologie » paru dans *Espérance Médical* / Décembre 2008 N°153



La maladie qui oblige momentanément le patient à s'arrêter de courir, s'arrêter un peu de s'occuper des autres et du désir des autres, s'arrêter de penser à ses obligations familiales, professionnelles, personnelles, peut lui permettre de commencer à penser un peu plus à LUI, à faire le bilan de sa vie passée, à identifier ses véritables envies, à ébaucher des projets, à entrer progressivement dans une relation beaucoup plus vraie avec son véritable Moi, chose qu'il n'a peut-être jamais l'occasion de faire.

"Qui suis-je ? Quels sont mes désirs profonds ? Qu'est-ce que j'attends de la vie ?" font partie des questions auxquelles le patient peut essayer d'apporter des réponses au cours de ses séances.

Il ne s'agit pas de faire radicalement fi du désir des autres et de son passé ; il s'agit de s'écouter et de prendre conscience de ses vraies valeurs, de ses vraies envies afin d'envisager son avenir en étant davantage en cohérence avec soi⁴⁸. C'est une sorte de travail de pacification.

Tout au long du processus, le malade prend conscience qu'il peut vivre sa maladie et ses traitements de façon différente en contribuant activement à leur efficacité. Il va trouver en lui les ressources pour traverser ce chemin chaotique, en réagissant par la mise en mouvement de son potentiel.

"La maladie, mon vieux, la maladie, on ne peut pas savoir ce que c'est quand on n'est pas malade. On croit que c'est une chose contre laquelle on lutte, une chose étrangère. Mais non, la maladie, c'est soi, soi-même"
André Malraux "Les Conquérants"

- A travers la relation de confiance et de proximité qui s'établit entre le coach et le patient,
- A travers la planification de séances régulières (généralement 1 par semaine) qui vont rassurer le patient quant à SA prise en charge au-delà de la prise en charge de sa maladie,
- A travers les sujets, les questions abordées (qui se concentrent sur le « comment »),
- A travers les réponses ou solutions identifiées,

Le coaching apporte au patient un réel appui, un soutien, un accompagnement dans son chemin de guérison ou dans son combat face à la maladie.

⁴⁸ F. Albrecht (2006) - « Quand le Moi se révolte face au cancer »



Le patient en fin de vie est de son côté animé de beaucoup de questions (pourquoi moi ? Comment mes proches vont-ils vivre mon décès ? Vais-je beaucoup souffrir ? ... Il est confronté à différentes sortes de peurs, à un sentiment de culpabilité (celui de laisser les êtres qu'il aime et qui l'aime), il a besoin de faire le bilan de sa vie, d'apaiser sa conscience, de partager sa souffrance.

Le patient en fin de vie développe des besoins d'appartenance (il a besoin d'être aimé, de se sentir aimé), des besoins de considération (il a besoin d'être reconnu et traité comme un individu à part entière).

Sans se substituer au rôle des proches et de l'équipe soignante, le coach par son écoute, sa présence, son approche, sa neutralité, donne à cette personne vulnérable l'occasion de communiquer, d'exprimer ses émotions, ses ressentis, de donner du sens aux dernières étapes de sa vie ; il avance avec lui et l'accompagne dans son processus de deuil.

Tous les coachs n'auront pas la volonté, la capacité de s'investir dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, il n'est pas simple d'être confronté à la mort ; ceux qui le feront par vocation, par conviction, armés ou formés à différents outils ou méthodes en lien avec la spécificité de l'accompagnement, auront en tout cas la satisfaction d'avoir permis à la personne accompagnée, d'arriver au bout de son chemin avec dignité.

4.4.4 Le coaching à destination des proches

Contrairement à l'état de malade qui donne à la fois des droits (l'information, le soin, le droit à ne pas être en forme, la possibilité de s'arrêter de travailler, la compassion...) et des devoirs (se faire soigner, suivre un traitement difficile...), le statut de proche n'amène, à priori, que des devoirs (comprendre, accepter, soigner, aider, assurer le quotidien, ne pas craquer...)⁴⁹

La volonté d'aider pousse les proches dans une attitude de dépassement de leurs limites. Pour autant les émotions sont là, les craintes, la fatigue se manifestent et le chemin à parcourir auprès du malade peut être long.

⁴⁹ MP DOUSSET (1999) – « Vivre pendant un cancer » p. 226



Il ne faut pas nier les perturbations qu'impose la maladie à la sphère privée et familiale.⁵⁰

Elle intervient comme une source de désordre susceptible de tout emporter sur son passage.

Il est donc important que les proches (entourage affectif) sachent aussi se réserver du temps pour comprendre ce qui arrive, pour verbaliser leurs émotions, pour exprimer leurs peurs, pour identifier l'avenir, les différentes solutions envisageables, clarifier les étapes...

Le coach peut s'engager au côté des proches pour écouter, questionner, inviter ces derniers à trouver du sens, à conserver de l'énergie et se sentir le mieux armé possible pour soutenir le malade dans son quotidien.

4.4.5 Bilan

Quelle que soit la méthode adoptée, il semble indispensable que l'expression des émotions, des sentiments, des peurs puissent se faire et que le malade se sente écouté et compris. Qu'il soit accompagné pour rester objectif, cohérent et qu'il traverse l'épreuve sans sombrer.

Les interlocuteurs sont variés, certains choisissent leurs proches, le personnel médical, les bénévoles, d'autres préféreront s'allier à un coach partenaire avec lequel ils s'engageront dans ce « voyage » avec la plus ferme envie de s'en sortir.

La parole, le partage, l'écoute sont indispensables...

Christine SINGER atteinte d'un cancer et condamnée en septembre 2006, à vivre au plus 6 mois, choisit l'écriture pour livrer ses émotions et les étapes de ses derniers jours de vie dans « derniers fragments d'un long voyage ».

Elle adresse à son éditeur le 1^o mars 2007 (elle est toujours en vie et considérée alors comme une miraculée) ce doux message :

⁵⁰ P. BATAILLE (2003) – « Un cancer et la vie » p.317



« Comme promis, et dans la joie...

Je crois que ce livre a vraiment sa lumière propre !

Quelle grâce j'ai reçue de livrer passage !!

Prends-en soin, je t'en prie. Mon rêve serait qu'il paraisse le plus vite possible. Ce serait une manière très forte d'entrer désormais dans un espace NEUF – peu importe où – mais NEUF... »





CONCLUSION

S'il est vrai que le coaching est en émergence en France, beaucoup d'entreprises l'utilisent de façon plus curative que préventive. Il intervient encore trop souvent dans des situations catastrophiques quand le coaché est en grande difficultés ou au bord du gouffre.

L'hôpital de son côté ne connaît pas la discipline ou que très peu. Pour autant notre analyse laisse penser que le coaching a toute sa place dans le milieu médical et qu'il peut se destiner à tous les interlocuteurs en présence (les cadres, le personnel soignant, les médecins, les malades, leur famille).

Concernant le personnel d'encadrement, l'hôpital doit prendre conscience de tout le bénéfice qu'il y a à sortir de l'isolement pour assurer les pas de ce nouveau décideur dans l'exercice de ses responsabilités, grâce au travail d'alliance avec un coach externe.

A deux c'est plus dynamique, c'est plus motivant et on voit mieux le relief. On se remet en question plus facilement, on se donne les moyens d'anticiper, d'analyser les enjeux, de repérer les leviers et les écueils, de se préparer à mieux vivre sa fonction, à mieux vivre avec et pour les autres : ses collègues, ses agents, ses malades... Les bénéfices sont assurés à tous les niveaux.

Le plan hôpital 2007 vise à moderniser l'offre de soins en réduisant l'augmentation des dépenses de santé... Ces objectifs ne doivent en aucun cas se faire au détriment de la prise en charge relationnelle et psychologique du patient.

L'hôpital ne doit pas rester centré sur une logique d'organisation interne plus que sur les besoins des personnes malades, il lui faut garder sa vocation première : un espace de vie pour les citoyens usagers.

Retourner à la base. Injecter une dose d'humanité dans un système de santé malmené par des années de compressions budgétaires. Et si, en soignant à la fois le corps et l'esprit, on faisait d'une pierre deux coups ? Une meilleure qualité de vie pour le malade et des économies pour le système.



Il s'agit aujourd'hui de modifier les mentalités et de faire admettre que l'apaisement procuré par le coaching ne peut avoir qu'un effet bénéfique sur le malade et sur sa guérison.

Pour que le coaching s'inscrive comme solution d'accompagnement proposée aux malades, il faut que les médecins en soient les premiers prescripteurs.

Un énorme travail d'information est à mener auprès des directions d'établissement et du corps médical pour encourager la mise en place de la démarche.

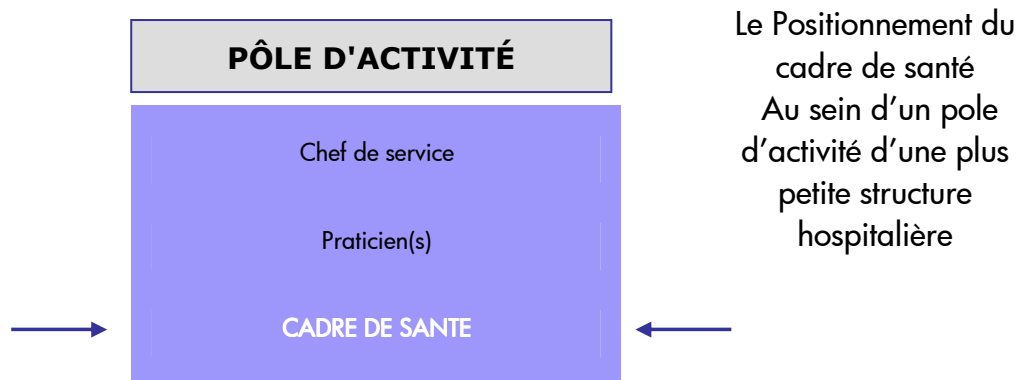
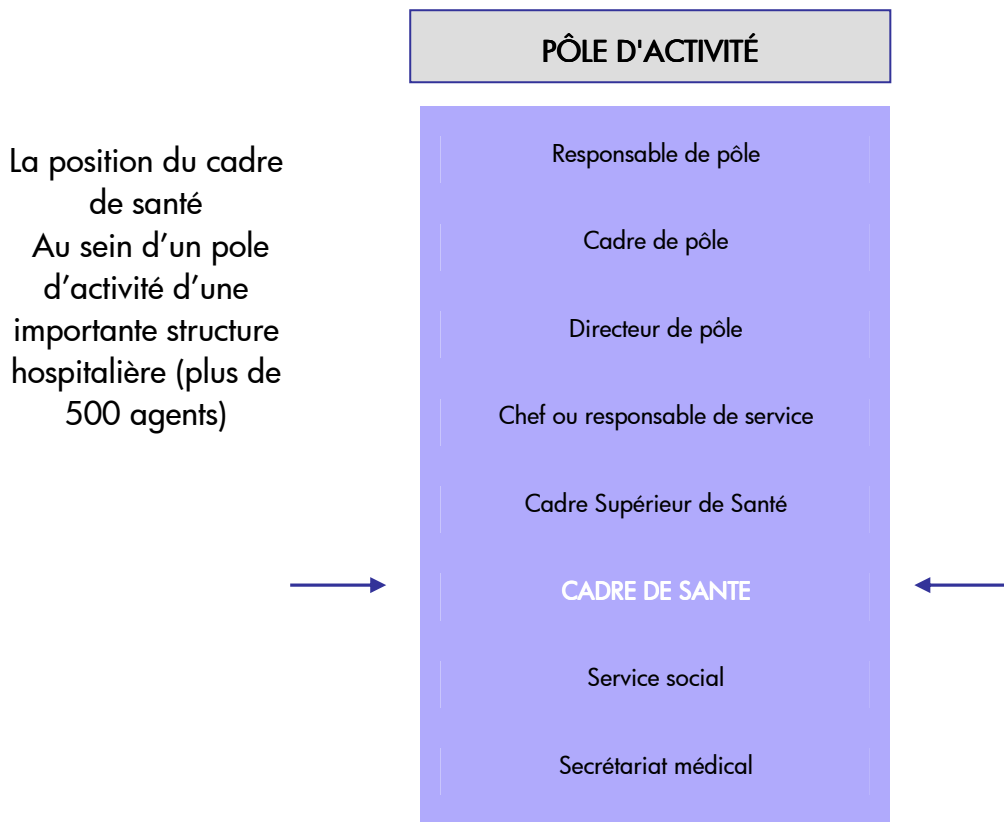
Il est bien des choses qui ne paraissent impossibles que tant qu'on ne les a pas tentées
André Gide

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRE-BAILLY F. BOURGEOIS D. GRUERE JP. RAULET CROZET N. ROLAND-LEVY C. (2003), Comportements humains & management – Editions Pearson Education
- BATAILLE P. (2003), Un cancer et la vie - Editions Balland
- BOURRET P. (2006), Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible – Editions Seli Arslan
- BURATTI L. LENHARDT V. (2007), Le coaching – InterEditions
- CARLIN P. (2006), Comprendre et utiliser le coaching – France Europe Editions
- DOUSSET M.P (1999), Vivre pendant un cancer – Editions du seuil
- DUPONT M. SALAUN F. (1998), L'assistance Publique : Hôpitaux de Paris - Doin Editions
- DURAND J. (2007), Le cadre de santé : acteur incontournable dans le système hospitalier – Editions Lamarre
- GATTO F. IZARD MH. (2008), Etre cadre et manager dans un système de santé – Editions Sauramps Médical
- LAMBERT S. (2007), Le coaching en 5 étapes – Editions Ellipses
- LEFRANCOIS D. (2009), La bible du coaching aujourd'hui – Maxima Laurent Du Mesnil Editeur
- PERSSON S. (2006), Méthodes de communication interpersonnelle – Editions Eska
- SINGER C. (2007), Derniers fragments d'un long voyage – Editions Albin Michel
- VAILLANT M. (2008), Une année singulière avec mon cancer du sein - Editions Albin Michel

ANNEXES

ORGANIGRAMMES DE POLES D'ACTIVITE



Les compétences du Cadre de Santé

Par domaine (« s’y connaître en... ») :

Compétences en gestion, éducation, organisation, communication, animation, encadrement, médiation, formation, évaluation dans le champ de la santé et du travail social.

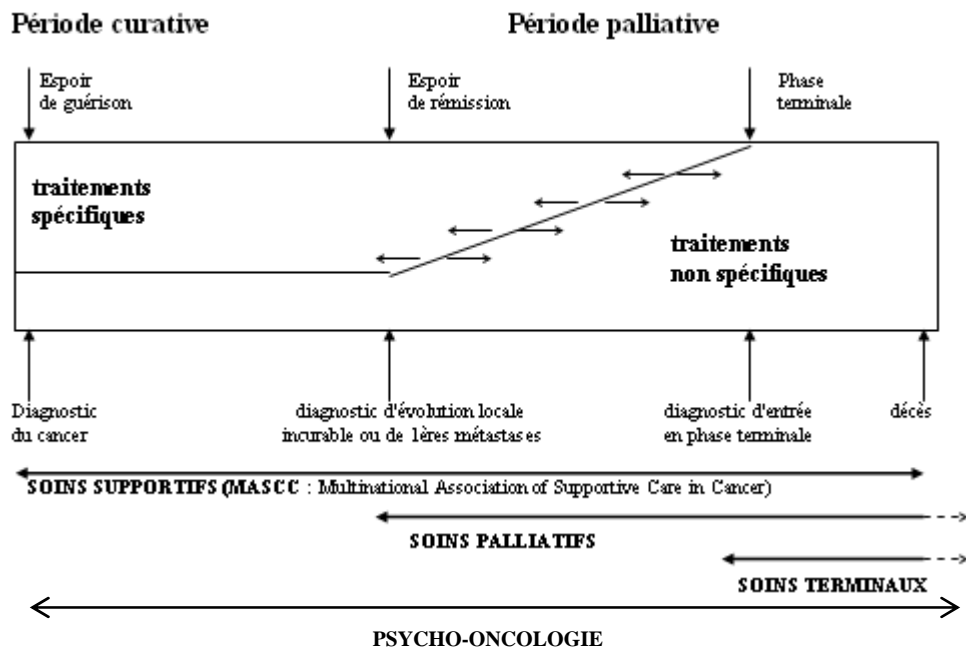
Par types d’activités (« être capable d’agir efficacement en matière de ... ») :

- Conception, réalisation et évaluation d’actions collectives
- Gestion économique et financière de services,
- Gestion des ressources humaines,
- Communication inter-individuelle et de groupe,
- Accompagnement du changement et développement de l’autonomie des acteurs

Par tâches spécifiques (« savoir intervenir au niveau de... ») :

- Conception et mise en œuvre de programmes et d’actions de formation,
- Evaluation des prestations et du personnel,
- Analyse des pratiques professionnelles,
- Rédaction d’articles professionnels,
- Commande et participation à des travaux de recherche,
- Professionnalisation des personnels,
- Analyse stratégique des situations et des systèmes,
- Médiation dans la conduite de projets.

LES DIFFERENTES PHASES DE LA MALADIE CANCEREUSE ET LEURS SOLUTIONS D'ACCOMPAGNEMENT





POEME

« L'EMOTION PARTAGEE »

Douleur exprimée est à moitié soulagée
Un sentiment me traverse, je suis partagé,
Dans ma mémoire, la douleur reste moins gravée
Que les peines que je n'ai pu exprimer.

Puis-je demander à l'autre de m'écouter,
N'est-il pas, lui aussi, de tracas surchargé
Peut-il être, à tout moment, là pour m'écouter
Et pourtant, je le sens, je dois me décharger.

Vivement une scène où je pourrais crier
Jour et nuit, à satiété, sans être freiné
Et où, vous tous pourrez quand vous le souhaitez
Venir de temps en temps, un peu m'encourager.

« Cancer vivre avec » aimerait nous la donner
Et je voudrais vous convier à en abuser
Sans réserve, sans complexe et sans timidité
Car peine exprimée est à moitié soulagée.

*Poème d'une personne atteinte d'un cancer
Site Internet « Cancer vivre avec »
en collaboration avec la ligue Vaudoise contre les cancer LVC*